

(Diagnosefreie) Fachärztliche Bestätigung über studienrelevante Funktionsbeeinträchtigungen

Diese Bestätigung dient der Universität für Weiterbildung Krems als Grundlage zur Änderung von Prüfungsmodalitäten für Studierende. Bitte geben Sie KEINE Details zu Diagnose(n) oder zur Krankengeschichte bekannt! Relevant sind lediglich die Funktionsbeeinträchtigungen, die im Studium zum Tragen kommen.

1. Angaben zur Person

Matrikelnummer

Geburtsdatum

Vorname(n)

FAMILIENNAME(N)

Telefon

E-Mail

Bezeichnung des Studiums laut Curriculum (ggf. zusätzlich die Vertiefung/Spezialisierung angeben)

2. Angaben zur studienrelevanten Funktionsbeeinträchtigung (Bitte ankreuzen und ergänzen)

Grobmotorik

- | | | |
|---------------------------------|--|------------------------------------|
| ☐ Laufen | ☐ vorübergehend | ☐ permanent |
| ☐ Gehen | ☐ vorübergehend | ☐ permanent |
| ☐ Sitzen | ☐ vorübergehend | ☐ permanent |
| ☐ Stehen | ☐ vorübergehend | ☐ permanent |

Feinmotorik

- | | | |
|--|--|------------------------------------|
| ☐ Sprechbeeinträchtigung oder Sprechstörung | ☐ vorübergehend | ☐ permanent |
| ☐ Feinmotorik (Hand/Finger) | ☐ vorübergehend | ☐ permanent |

Hörbeeinträchtigungen

- | | | | | |
|---|---|--|---|--|
| ☐ Leicht (bis 30dB) | ☐ vorübergehend rechts | ☐ vorübergehend links | ☐ permanent rechts | ☐ permanent links |
| ☐ Mittel (30-60dB) | ☐ vorübergehend rechts | ☐ vorübergehend links | ☐ permanent rechts | ☐ permanent links |
| ☐ Schwer (60-90dB) | ☐ vorübergehend rechts | ☐ vorübergehend links | ☐ permanent rechts | ☐ permanent links |
| ☐ Gehörlos (ab 90dB) | ☐ vorübergehend rechts | ☐ vorübergehend links | ☐ permanent rechts | ☐ permanent links |

Sehbeeinträchtigungen

- | | | | | |
|--|---|--|---|--|
| ☐ Eingeschränktes Kontrastsehen | ☐ vorübergehend rechts | ☐ vorübergehend links | ☐ permanent rechts | ☐ permanent links |
| ☐ Eingeschränktes Farbsehen | ☐ vorübergehend rechts | ☐ vorübergehend links | ☐ permanent rechts | ☐ permanent links |
| ☐ Eingeschränktes Gesichtsfeld | ☐ vorübergehend rechts | ☐ vorübergehend links | ☐ permanent rechts | ☐ permanent links |
| ☐ Hochgradige Sehbehinderung | ☐ vorübergehend rechts | ☐ vorübergehend links | ☐ permanent rechts | ☐ permanent links |
| ☐ Blindheit | ☐ vorübergehend rechts | ☐ vorübergehend links | ☐ permanent rechts | ☐ permanent links |

Kognitive oder psychische Beeinträchtigungen

- | | | |
|---|--|------------------------------------|
| ☐ Konzentrations- und Aufmerksamkeitsstörung | ☐ vorübergehend | ☐ permanent |
| ☐ Angst in Leistungssituationen | ☐ vorübergehend | ☐ permanent |
| ☐ Probleme im Verständnis sozialer Situationen | ☐ vorübergehend | ☐ permanent |
| ☐ Sonstiges | ☐ vorübergehend | ☐ permanent |

Teilleistungsstörungen

- ☐ Lesestörung ☐ Rechtschreibstörung ☐ Rechenschwäche ☐ Entwicklungsstörung der Koordination und Motorik

Andere studienrelevante Beeinträchtigungen (z.B. chronische Erkrankungen)

- ☐ vorübergehend ☐ permanent

- ☐ vorübergehend ☐ permanent

- ☐ vorübergehend ☐ permanent

- ☐ vorübergehend ☐ permanent

3. Auswirkung der Beeinträchtigung(en) auf das Studium (Bitte ankreuzen und ergänzen)

Angegebene Beeinträchtigung(en) führen dazu, dass die Leistungserbringung wie im Curriculum vorgesehen NICHT möglich ist (z.B. Anwesenheit, Prüfungen, Hausarbeiten, Gruppenarbeiten, schriftliche Arbeiten, Präsentationen, Exkursionen...), weil:

- ☐ (voraussichtliche) Dauer der Auswirkung bis ☐ permanent

4. Empfehlung zum Nachteilsausgleich (Bitte ankreuzen und ergänzen)

- | | |
|--|--|
| ☐ Änderung der Prüfungsform | ☐ Schriftliche statt mündliche Prüfungen |
| | ☐ Mündliche statt schriftliche Prüfungen |
| | ☐ Hausarbeiten statt Referate |
| | ☐ Referate statt Hausarbeiten |
| | ☐ Einzelarbeiten statt Gruppenarbeiten |
| | ☐ Gruppenarbeiten statt Einzelarbeiten |
| | ☐ Schriftliche Leistungsfeststellung statt Teilnahme an Exkursion |

☐ Schreibzeitverlängerung bei schriftlichen Prüfungen um

☐ Verlängerung von Vorbereitungszeiten bei mündlichen Prüfungen um

- ☐ Verlängerung der Bearbeitungszeit um tatsächlich anfallende Pausenzeiten
- ☐ Prüfungen in separaten Räumen mit eigener Aufsicht
- ☐ Verwendung von technischen Hilfsmitteln (z.B. Laptop) bei schriftlichen Prüfungen
- ☐ Schreibassistenz bei schriftlichen Prüfungen
- ☐ Verlängerung von Abgabefristen von Haus- und Abschlussarbeiten
- ☐ Ersatzleistung für häufiges Fehlen
- ☐ Sonstiges (Bitte ergänzen)

5. Bestätigung des_der Fachärzts_in

FAMILIENNAME(N)

Vorname(n)

Fachärzts_in für

Straße, Hausnummer

PLZ

Ort

Datum

Unterschrift

Stempel